



CONCLUSIONES

Evidencia de baja calidad sugiere que la rehabilitación física con telemedicina no sería menos efectiva que la rehabilitación presencial o los cuidados usuales sin rehabilitación. Existe gran variabilidad en las técnicas de tele-rehabilitación empleadas, incluyendo al teléfono, la videoconferencia, realidad virtual y programas de internet.

Las sociedades científicas sobre rehabilitación física de Estados Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido recomiendan el uso de tele-rehabilitación durante el aislamiento por COVID-19.

La Superintendencia de Servicios de Salud de Argentina recomienda que, durante el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” por la pandemia COVID-19, los financiadores de la seguridad social y privados deberán implementar y fomentar el uso de teleasistencia y/o teleconsulta, a fin de garantizar las prestaciones de demanda esencial. Los financiadores públicos y privados de Estados Unidos cubren la tele-rehabilitación, mientras que el sistema de salud público de Australia no lo hace.

Debido a la urgencia en la realización de este documento relacionado con la pandemia por COVID-19, este documento difiere de los usualmente disponibles en su proceso, formato y tiempos de consulta pública.

*Este documento fue realizado por el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) a pedido de las instituciones públicas, de la seguridad social y privadas de Latinoamérica que forman parte del consorcio de evaluación de tecnologías de IECS. www.iecs.org.ar/consorcios. Para citar este informe: Klappenbach R, Ciapponi A, Pichon-Riviere A, Augustovski F, García Martí S, Alcaraz A, Bardach A. **Rehabilitación física con telemedicina durante la pandemia COVID-19**. Documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Informe de Respuesta Rápida N° 772, Buenos Aires, Argentina. Mayo 2020. ISSN 1668-2793. Disponible en www.iecs.org.ar.*

1. Contexto clínico

La enfermedad por el Coronavirus 2019 (COVID–19, por su sigla en inglés *Coronavirus Disease 2019*) es una enfermedad respiratoria de humanos producida por un nuevo coronavirus identificado con la sigla SARS-CoV-2.¹ El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 como una pandemia, y en Argentina se registraron hasta el momento 6.034 casos y 305 fallecidos (6,7 fallecidos/millón de habitantes).²

En Argentina, el 31 de marzo comenzó el “aislamiento social, preventivo y obligatorio”, con aislamiento estricto hasta el 13 de abril, aislamiento administrado desde el 13 al 26 de abril y con segmentación geográfica desde el 26 de abril hasta la actualidad. Durante todo este período se han restringido las consultas y procedimientos médicos no urgentes con el objetivo de evitar el contagio de la población y del personal sanitario, así como también de aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud ante la pandemia.³ Uno de los efectos adversos del aislamiento y de la restricción de procedimientos electivos es la potencial discontinuación de tratamientos crónicos, dentro de los cuales se encuentra la rehabilitación física. Esto ha generado un impulso a la tele-asistencia para la atención y seguimiento de los pacientes, particularmente de aquellos con patologías crónicas.

Se postula el uso de tele-asistencia kinesiológica de patologías durante la pandemia COVID-19 como alternativa durante las restricciones vigentes y para disminuir el riesgo de exposición de los pacientes y el personal de salud.

2. Tecnología

La telemedicina, que se incluye dentro de un concepto más amplio denominado telesalud, se define como “la prestación de servicios de atención de salud, por todos los profesionales de salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la educación continua de proveedores de atención de salud, para la promoción de la salud de los individuos y sus comunidades.” A su vez, la teleconsulta se define como la comunicación a distancia entre dos o más integrantes del equipo de salud (a menudo entre médicos de atención primaria y especialistas), o entre un proveedor de salud y el paciente, utilizando las tecnologías de la información y comunicación. La teleconsulta sincrónica hace referencia a la forma de comunicación que sucede en tiempo real, habitualmente con transmisión de audio y video de manera simultánea (ej. videoconferencia).⁴

La rehabilitación física con telemedicina, o tele-rehabilitación, puede tener puede utilizar distintas tecnologías y formatos, dentro de los que se encuentran la comunicación telefónica, la videoconferencia, los dispositivos de realidad virtual y las aplicaciones on-line.⁵ Asimismo, los servicios que brinda la tele-rehabilitación pueden ser el seguimiento, la guía de ejercicios en tiempo real, el registro de actividades, etc. Cabe destacar que en el uso de telemedicina y sus tecnologías hay que considerar ciertos aspectos, como la seguridad y confidencialidad, la privacidad, cuestiones médico-legales y la remuneración económica.⁶

En 2018, el Ministerio de Salud de la Nación creó la Estrategia Nacional de Salud Digital en el marco de la Estrategia de Implementación de la Cobertura Universal de Salud. Bajo esta estrategia se publicaron en 2019 las primeras Recomendaciones para el Uso de la Telemedicina, que ofrecen un marco de buenas prácticas en ausencia de una legislación al respecto.⁴ En el apartado sobre “tecnología” recomienda que ésta cuente con los estándares para seguridad y ciberseguridad para la inviolabilidad de la información, y para las tecnologías de videoconferencia, se recomienda el uso de sistemas con cifrado y encriptado, vigentes, actualizados y que aseguren los estándares de mayor calidad y seguridad posibles.

3. Objetivo

El objetivo del presente informe es evaluar la evidencia disponible acerca de la eficacia, seguridad y aspectos relacionados a las políticas de cobertura del uso de rehabilitación física con telemedicina para distintas patologías.

4. Métodos

Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas, en buscadores genéricos de internet, y financiadores de salud. Se priorizó la inclusión de revisiones sistemáticas (RS), ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECAs), evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS), evaluaciones económicas, guías de práctica clínica (GPC) y políticas de cobertura de diferentes sistemas de salud.

En PubMed se utilizó la estrategia de búsqueda que se detalla en el Anexo I.

En CRD (del inglés *Centre for Reviews and Dissemination- University of York*), en *Triptatabase*, en los sitios web de financiadores de salud y de sociedades científicas, así como en los buscadores genéricos de internet se buscó con el nombre de la tecnología y sus sinónimos y/o la patología.

La metodología utilizada en la matriz de valoración y sección de conclusiones se describe también en el Anexo I.

Tabla 1. Criterios de inclusión. Pregunta PICO

Población	Pacientes con patologías que requieran rehabilitación física.
Intervención	Rehabilitación física con telemedicina.
Comparador	1) Sin rehabilitación. 2) Rehabilitación presencial.
Resultados (en orden decreciente de importancia)	Eficacia: actividades de la vida diaria, movilidad, calidad de vida. Seguridad: eventos adversos relacionadas a la ausencia de consulta presencial, eventos adversos totales.
Diseño	Revisiones sistemáticas y meta-análisis, ensayos clínicos controlados aleatorizados, informes de evaluación de tecnologías, evaluaciones económicas, guías de práctica clínica, políticas de cobertura.

5. Resultados

Se incluyeron, seis RS, dos ECAs con evaluaciones económicas, cinco recomendaciones y cuatro políticas de cobertura.

5.1 Eficacia y seguridad

Laver y cols. publicaron en 2020 una RS Cochrane sobre el uso de tele-rehabilitación en pacientes adultos que sobrevivieron a un *accidente cerebrovascular* (ACV).⁷ Incluyeron 22 ECAs (1.611 participantes, solo 14 ECAs en meta-análisis), los cuales variaron ampliamente en el tamaño muestral, estadio del ACV (agudo o crónico) y criterios de inclusión, con solo un 44% de participación entre los invitados a participar. Las intervenciones también variaron ampliamente; 8 estudios evaluaron intervenciones educativas, de prevención secundaria, terapia familiar y manejo del caso, mientras que el resto de los estudios lo hicieron con intervenciones destinadas a mejorar la función motora, la movilidad y el equilibrio. La tecnología de tele-rehabilitación utilizada en la mayoría de los estudios fue el teléfono, la videoconferencia o una combinación de ambas. No encontraron diferencias significativas entre la tele-rehabilitación y la rehabilitación presencial, tanto en las actividades de la vida diaria (dos estudios [n=75]; diferencia de medias (DM) 0,59; IC 95%: -5,5 a 6,68; I² 0%; baja calidad de la evidencia), el equilibrio (tres estudios [n 106]; DM 0,48; IC 95%: -1,36 a 2,32; I² 0%; baja calidad de la evidencia) o en la función motora del miembro superior afectado (tres estudios [n 170]; DM 1,23; IC 95%: -2,17 a 4,64; I² 42%; baja calidad de la evidencia). Tampoco encontraron diferencias entre la tele-rehabilitación y los cuidados usuales (incluyendo la no rehabilitación), en los desenlaces de actividades de la vida diaria (dos estudios [n 661]; diferencia de medias estandarizada (DME) 0,00; IC 95%: -0,15 a 0,15; I² 0%; moderada calidad de la evidencia), calidad de vida (tres estudios [n 569]; DME 0,03; IC 95%: -0,14 a 0,20; I² 5%; moderada calidad de la evidencia) y función motora del miembro

superior afectado (dos estudios [n 54]; DME 0,33; IC 95%: -0,21 a 0,87; I² 0%; baja calidad de la evidencia).

Wang y cols. publicaron en 2019 una RS sobre el uso de tele-rehabilitación comparada con el esquema de rehabilitación habitual luego de *reemplazo de cadera o rodilla*.⁸ Incluyeron 21 ECAs en el análisis cualitativo y ocho ECAs pudieron ser meta-analizados. Las tecnologías utilizadas fueron: tele-rehabilitación telefónica (seis ECAs, n 1.070) o con video-conferencia (cinco ECAs, n 526); terapias basada en juegos de video, realidad virtual o “biofeedback” (5 ECAs, n 232), o utilizando programas en-línea (cinco ECAs, n 1.143). En el meta-análisis, la tele-rehabilitación telefónica o por videoconferencia mostró, a 3 meses de seguimiento, una mínima reducción del dolor (clínicamente insignificante) en comparación con el manejo habitual (tres ECAs, n 409; DM -0,19 [escala de 0 a 10]; IC 95%: -0,36 a -0,03; I² 0%; moderada calidad de la evidencia), y sin diferencias estadísticas en ninguno de los dominios de la escala funcionalidad WOMAC (cuatro ECAs, n 746; baja calidad de la evidencia). No hubo diferencias en los eventos adversos relacionadas a la rehabilitación (dos ECAs, n 507; 3,1% versus 3,6%; moderada calidad de la evidencia).

Lovo Grona y cols. publicaron en 2017 una RS sin MA sobre el uso de tele-rehabilitación guiada con video-conferencia para *patologías musculoesqueléticas crónicas*.⁹ Incluyeron 17 estudios, todos con alto riesgo de sesgos; 9 evaluaron tratamiento kinésico (tres ECAs y seis observacionales) y ocho la capacidad diagnóstica de la video-conferencia (seis ensayos cruzados aleatorizados, dos observacionales). Los estudios variaban ampliamente en la población: dolor articular crónico, osteoartritis, postquirúrgicos, lumbalgia, entre otros. No realizaron meta-análisis por la variabilidad en el diseño de los estudios, las poblaciones y medida de los desenlaces. La tele-rehabilitación no mostró ser peor en ninguno de los estudios sobre intervención, y en los estudios diagnósticos mostró una correlación con la observación en persona entre el 80%-100% en la mayoría de los estudios.

Rintala y cols. publicaron en 2016 una RS con MA sobre el uso de rehabilitación física con telemedicina en *esclerosis múltiple*.¹⁰ Incluyeron 11 ECAs (n 657), cinco de buena calidad metodológica, cinco de moderada y uno de baja calidad. La tecnología utilizadas fueron: aplicaciones por internet en cinco estudios, el teléfono en dos estudios y, en los cuatro estudios restantes, utilizaron el teléfono asociado a otra tecnología como contador de pasos, realidad virtual (Nintendo Wii o exergames) o videoconferencia. La tele-rehabilitación, en comparación con ausencia de rehabilitación o con rehabilitación habitual sin tecnología, mostró una mejoría en la actividad física (seis ECAs, 392 participantes; DME 0,59; IC95%: 0,38 a 0,79; I² 0%), aunque no encontraron diferencias en la distancia de la caminata (DME -0,09; IC95%: -0,29 a 0,11; I² 0%). La tele-rehabilitación, en comparación con ausencia de rehabilitación, mostró asimismo una mejoría en la actividad física (cuatro ECAs, 261 participantes; DME 0,59; IC95%: 0,34 a 0,83; I² 0%), y sin diferencias en la distancia de la caminata (cuatro ECAs, 285 participantes; DME -0,05; IC95%: -0,28 a 0,19; I² 0%).

Ownsworth y cols. publicaron en 2018 una RS con análisis cualitativo sobre el uso de la tele-rehabilitación en adultos con secuelas de *trauma craneo-encefálico*.¹¹ Incluyeron 13 estudios (10 ECAs y 3 estudios antes-después), con 1838 participantes. Los estudios fueron de moderada calidad, y fueron muy variables en cuanto a la severidad de la lesión, el servicio de tele-rehabilitación (educación, rehabilitación física, rehabilitación psicológica, memoria, etc.) y en los desenlaces medidos. En 10 estudios se utilizó como tecnología al teléfono, mientras que en 3 se utilizaron aplicaciones de internet. Cinco ECAs compararon intervenciones telefónicas con cuidado usual o educativas, un ECA comparó con rehabilitación presencial, y el resto compararon entre distintos tipos de tele-rehabilitación. Los resultados de eficacia fueron heterogéneos, algunos mostraron una mejoría en la movilidad o en

aspectos psicológicos con la tele-rehabilitación mientras que otros no encontraron diferencias estadísticas significativas.

Tele-rehabilitación con realidad virtual

Lei y cols. publicaron en 2019 una RS con MA sobre el uso de tele-rehabilitación con realidad virtual para el manejo de la enfermedad de Parkinson.¹² Incluyeron 16 ECAs (555 participantes) que compararon la rehabilitación presencial con tele-rehabilitación utilizando tecnologías comerciales (Nintendo Wii Fit, x-Box 360, etc.) o creadas ad-hoc, en sesiones de 30-60 min. Encontraron que, a las cuatro a 12 semanas, la tele-rehabilitación con realidad virtual mejoró mínimamente la calidad de vida (DME -0,47; IC95%: -0,73 a -0,22), la movilidad (test “levántate y anda”; DM -1,95; IC95%: -2,81 a -1,08; I² 60%), el equilibrio (DME 0,22; IC95%: 0,01 a 0,42) y la longitud del paso (DME 0,72; IC95%: 0,40 a 1,04).

Araujo y cols. publicaron en 2019 una RS con análisis cualitativo sobre el uso de tele-rehabilitación con realidad virtual en pacientes con lesiones medulares.¹³ Incluyeron 25 estudios con 482 participantes (11 ECAs y 14 estudios cuasi-experimentales u observacionales comparativos), de los cuales solo siete fueron clasificados como evidencia de calidad excelente o buena. La tecnología de realidad virtual utilizada fue comercial o no, y consistió principalmente en juegos para estimular el ejercicio. No realizaron meta-análisis debido a la gran variabilidad en las características de la población, los tipos de dispositivos de realidad virtual y los métodos de rehabilitación. La mayoría de los estudios encontraron mejoras significativas con el uso de realidad virtual en la función motora (n 15), el equilibrio (n 8) el dolor (n 3), aspectos psicológicos (n 3) o en la función aeróbica (n 3). Se reportaron solo ocho casos de eventos adversos leves (dolor transitorio, fatiga o dificultad para mantener la atención).

5.2 Evaluaciones Económicas

Nelson y cols. publicaron en 2019 un ECA con una evaluación económica realizado en Australia sobre el uso de tele-rehabilitación (n 35) o rehabilitación presencial (n 35) luego de un reemplazo de cadera.¹⁴ La tecnología utilizada fue una aplicación de internet con videos y sesiones sincrónicas a distancia por videoconferencia. No encontraron diferencias entre los grupos, tanto en los años de vida ajustados por calidad ganados (AVAC; -0,0025; IC95%: -0,0227 a 0,0217), como en los costos (AUS [dólares australianos] -28,90; IC95%: AUS -96,37 a 40,45).

Fatoye y cols. publicaron en 2019 un ECA con una evaluación económica de Nigeria sobre el uso rehabilitación de lumbalgia crónica con técnica McKenzie en persona (n 26) o asistida con telemedicina (n 21).¹⁵ La tecnología utilizada fue una aplicación de teléfono celular con una guía personalizada de ejercicios y seguimiento remoto. La tele-rehabilitación resultó más efectiva (diferencia de AVAC 0,001; IC95%: 0,001 a 0,002) menos costosa (USD [dólares estadounidenses] -44,26).

5.3 Recomendaciones de sociedades científicas y políticas de cobertura

A continuación, se detalla el contenido de las recomendaciones de sociedades científicas y políticas de cobertura de diferentes países. Para favorecer la comparación, se muestran sintéticamente en la Tabla 2.

La mayoría de las asociaciones internacionales de rehabilitación han recomendado el uso de tele-rehabilitación física en el contexto de las medidas de aislamiento por la pandemia de COVID-19, dentro de las cuales se encuentran la Asociación Estadounidense de Terapia Física (APTA, del inglés *American Physical Therapy Association*)¹⁶, la Sociedad Autorizada de Fisioterapia de Reino Unido (CSP, del inglés *Chartered Society of Physiotherapy*)¹⁷, la Asociación Canadiense de Fisioterapia (CPA, *Canadian*

Physiotherapy Association)¹⁸ y la Asociación Australiana de Fisioterapia (APA, *Australian Physiotherapy Association*)¹⁹.

Con respecto a las políticas de cobertura, la Superintendencia de Servicios de Salud de Argentina en el marco de la pandemia COVID-19 (Resolución 282/2020)²⁰ resolvió que “durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por la pandemia COVID-19, los financiadores de la seguridad social y privados deberán implementar y fomentar el uso de teleasistencia y/o teleconsulta, a fin de garantizar las prestaciones de demanda esencial”. También refiere que: 1) quedará a cargo de los financiadores determinar la cantidad de sesiones o consultas autorizadas y definir los procesos utilizados en cada caso, como así también su auditoría posterior; 2) los financiadores deberán garantizar que los datos que se recopilen respete en todo momento lo previsto en la Ley N° 25.326, de Protección de los Datos Personales, y 3) las plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta que utilicen los financiadores y/o sus prestadores propios o contratados, deberán, en todos los casos, ser pasibles de auditoría posterior.

Las aseguradoras públicas²¹ y privadas (Aetna²², Cigna²³) de Estados Unidos cubren el uso de tele-rehabilitación física en el contexto de la pandemia COVID-19, mientras que el sistema de salud de Australia no lo hace²⁴.

DOCUMENTO PRELIMINAR EN CONSULTA PÚBLICA

Tabla 2. Resumen de las recomendaciones y políticas de cobertura relevadas

	Institución	País	Año	Recomendación
Recomendaciones	ARGENTINA			
	Superintendencia de Servicios de Salud ²⁰	Argentina	2020	Sí
	OTROS PAÍSES			
	American Physical Therapy Association (APTA) ¹⁶	EE.UU.	2020	Sí
	Chartered Society of Physiotherapy (CSP) ¹⁷	Reino Unido	2020	Sí
	Canadian Physiotherapy Association (CPA) ¹⁸	Canadá	2020	Sí
	Australian Physiotherapy Association (APA) ¹⁹	Australia	2020	Sí
Políticas de Cobertura	Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ²¹	EE.UU.	2020	Sí
	Aetna ²²	EE.UU.	2020	Sí
	Cigna ²³	EE.UU.	2020	Sí
	Australian Government ²⁴	Australia	2020	No

Fuente: Elaboración propia en base a las guías de práctica clínica y recomendaciones relevadas. En aquellas celdas donde dice NM es porque la información relevada no hacía mención a la tecnología evaluada o no especifica la indicación para su utilización

DOCUMENTO

Financiamiento: esta evaluación fue realizada gracias a los aportes de entidades públicas, organizaciones no gubernamentales y empresas de medicina prepaga para el desarrollo de documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Conflicto de interés: los autores han indicado que no tienen conflicto de interés en relación a los contenidos de este documento.

Informe de Respuesta Rápida: este modelo de informe constituye una respuesta rápida a una solicitud de información. La búsqueda de información se focaliza principalmente en fuentes secundarias (evaluaciones de tecnologías sanitarias, revisiones sistemáticas y meta-análisis, guías de práctica clínica, políticas de cobertura) y los principales estudios originales. No implica necesariamente una revisión exhaustiva del tema, ni una búsqueda sistemática de estudios primarios, ni la elaboración propia de datos. Esta evaluación fue realizada en base a la mejor evidencia disponible al momento de su elaboración. No reemplaza la responsabilidad individual de los profesionales de la salud en tomar las decisiones apropiadas a la circunstancias del paciente individual, en consulta con el mismo paciente o sus familiares y responsables de su cuidado. Este documento fue realizado a pedido de las instituciones sanitarias de Latinoamérica que forman parte del consorcio de evaluación de tecnologías de IECS.

Proceso de Consulta Pública. Con el objeto de que todos los actores relevantes puedan tener la posibilidad de contribuir, hay diferentes instancias de consulta pública: 1) Primera instancia: equipo IECS publica el inicio de cada documento en la web para que cualquiera envíe información; 2) Segunda instancia: los documentos se publican en forma preliminar abierta durante 15 días para que cualquier persona u organización pueda realizar comentarios o aportar información. Además, el equipo IECS identifica para cada tecnología una serie de organizaciones con mayor relación con la tecnología o problema de salud evaluado, a las que invita a participar activamente. Entre estas se encuentran sociedades científicas, sociedades de pacientes y la industria productora de la tecnología. Los aportes son evaluados y tenidos en cuenta para la elaboración de cada documento. De todos modos, el documento de ETS final es de exclusiva responsabilidad de los autores y del equipo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, quien incorporará eventuales modificaciones luego del proceso de consulta pública en el caso de considerarlo adecuado. La versión final del documento no implica que los actores invitados hayan realizado aportes o estén de acuerdo con el mismo. Para este documento se ha invitado a participar a Sociedad Argentina de Medicina Interna General, Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación y a la Asociación Argentina de Kinesiología.

Informe de Respuesta Rápida

Rehabilitación física con telemedicina durante la pandemia COVID-19

Fecha de realización: 20 de Mayo del 2020

ISSN 1668-2793

Si Ud. desea contactarnos por sugerencias, correcciones y/o modificaciones, puede comunicarse al Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria a través de los siguientes medios: Tel./Fax: (+54-11) 4777-8767. Mail: info@iecs.org.ar Formulario de contacto web: <http://www.iecs.org.ar/contacto/>

IECS – Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Derechos reservados. Este documento puede ser utilizado libremente sólo con fines académicos. Su reproducción por o para organizaciones comerciales solo puede realizarse con la autorización expresa y por escrito del Instituto.

Anexo I. METODOLOGÍA

La fecha de búsqueda de información fue hasta el 26/05/2020. Para la búsqueda en Pubmed se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda:

Telerehabilitation[Mesh] OR Telerehabilitation[tiab]

AND

(Systematic Review[sb] OR Systematic Review[tiab] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analys*[tiab] OR "Cochrane Database Syst Rev"[ta] OR Metaanalysis[tiab] OR Metanalysis[tiab] OR (MEDLINE[tiab] AND Cochrane[tiab]) OR Guideline[pt] OR Practice Guideline[pt] OR Guideline*[ti] OR Guide Line*[tiab] OR Consensus[tiab] OR Recommendation*[ti] OR Randomized Controlled Trial[pt] OR Random*[ti] OR Controlled Trial*[tiab] OR Control Trial*[tiab] OR Technology Assessment, Biomedical[Mesh] OR Technology Assessment[all] OR Technology Appraisal[all] OR HTA[all] OR Overview[ti] OR (Review[ti] AND Literature[ti]))

BIBLIOGRAFÍA

1. Reina J. [Remdesivir, the antiviral hope against SARS-CoV-2]. *Rev Esp Quimioter*. April 2020. doi:10.37201/req/098.2020
2. Información epidemiológica | Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>. Accessed April 29, 2020.
3. Klappenbach R, Ciapponi A, Pichon-Riviere A, Augustovski F, García Martí S, Alcaraz A BA. Restricción de procedimientos quirúrgicos y/o diagnósticos electivos durante la pandemia COVID-19. 2020. <https://www.iecs.org.ar/publicacion/?id=18340>.
4. Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud - Secretaría de Gobierno de Salud. ENCUENTRO ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE UTILIZANDO LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN TIEMPO REAL. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/216549/20190913>. Published 2019. Accessed May 15, 2020.
5. Wang X, Hunter DJ, Vesentini G, Pozzobon D, Ferreira ML. Technology-assisted rehabilitation following total knee or hip replacement for people with osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20(1):506. doi:10.1186/s12891-019-2900-x
6. Krynski L, Goldfarb G, Maglio I. La comunicación con los pacientes mediada por tecnología: WhatsApp, e-mail, portales. El desafío del pediatra en la era digital. *Arch Argent Pediatr*. 2018;116(4):e554-e559.
7. Laver KE, Adey-Wakeling Z, Crotty M, Lannin NA, George S, Sherrington C. Telerehabilitation services for stroke. *Cochrane database Syst Rev*. 2020;1:CD010255. doi:10.1002/14651858.CD010255.pub3
8. Surgeon General's Workshop on Health Promotion and Aging. *Spec Care Dentist*. 1988;8(4):157-162.
9. Grona SL, Bath B, Busch A, Rotter T, Trask C, Harrison E. Use of videoconferencing for physical therapy in people with musculoskeletal conditions: A systematic review. *J Telemed Telecare*. 2018;24(5):341-355. doi:10.1177/1357633X17700781
10. Rintala A, Hakala S, Paltamaa J, Heinonen A, Karvanen J, Sjogren T. Effectiveness of technology-based distance physical rehabilitation interventions on physical activity and walking in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Disabil Rehabil*. 2018;40(4):373-387. doi:10.1080/09638288.2016.1260649
11. Ownsworth T, Arnautovska U, Beadle E, Shum DHK, Moyle W. Efficacy of Telerehabilitation for Adults With Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *J Head Trauma Rehabil*. 2018;33(4):E33-E46. doi:10.1097/HTR.0000000000000350
12. Lei C, Sunzi K, Dai F, et al. Effects of virtual reality rehabilitation training on gait and balance in patients with Parkinson's disease: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14(11).
13. de Araujo AVL, Neiva JF de O, Monteiro CB de M, Magalhaes FH. Efficacy of Virtual Reality Rehabilitation after Spinal Cord Injury: A Systematic Review. *Biomed Res Int*. 2019;2019:7106951. doi:10.1155/2019/7106951
14. Nelson M, Russell T, Crossley K, Bourke M, McPhail S. Cost-effectiveness of telerehabilitation versus traditional care after total hip replacement: A trial-based economic evaluation. *J Telemed Telecare*. September 2019:1357633X19869796. doi:10.1177/1357633X19869796
15. Fatoye F, Gebrye T, Fatoye C, et al. Clinical and Cost-Effectiveness Analysis of Telerehabilitation for People With Nonspecific Chronic Low Back Pain. *JMIR mHealth uHealth*. January 2020. doi:10.2196/15375
16. American Physical Therapy Association (APTA). Telehealth in Physical Therapy in Light of COVID-19. <http://www.apta.org/Telehealth/COVID-19/TelehealthDuringCoronavirus/>. Published 2020. Accessed May 11, 2020.
17. The Chartered Society of Physiotherapy (CSP). Remote service delivery options. <https://www.csp.org.uk/news/coronavirus/remote-service-delivery-options>. Published 2020. Accessed May 19, 2020.
18. Canadian Physiotherapy Association (CPA). The CPA's Position on Tele-Rehabilitation. <https://physiotherapy.ca/cpas-position-tele-rehabilitation>. Published 2020. Accessed May 19, 2020.
19. Australian Physiotherapy Association (APA). TELEHEALTH GUIDELINES RESPONSE TO COVID-19.; 2020. https://australian.physio/sites/default/files/APA_Telehealth-Guidelines-COVID19_FA.pdf. Accessed May 11, 2020.
20. SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Resolución 282/2020.

- <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227378/20200402?busqueda=1>. Published 2020. Accessed May 19, 2020.
21. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). List of Telehealth Services. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/Telehealth/Telehealth-Codes>. Published 2020. Accessed May 19, 2020.
 22. Aetna. Telemedicine Services During the Coronavirus Outbreak | Aetna. <https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/covid19/telemedicine.html>. Published 2020. Accessed May 11, 2020.
 23. Cigna. COVID-19 Interim Billing Guidelines. https://static.cigna.com/assets/chcp/secure/pdf/resourceLibrary/clinReimPolsModifiers/R33_COVID_19_Interim_Billing_Guidelines.pdf. Published 2020. Accessed May 11, 2020.
 24. Australian Government - Department of Health. COVID-19 Temporary MBS Telehealth Services. <http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Factsheet-TempBB>. Published 2020. Accessed May 11, 2020.